

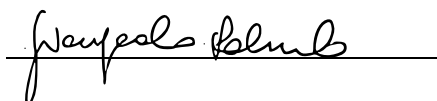
**Piano per la
Gestione Rischio Clinico e la
Sicurezza del Paziente**

**P.A.R.M.
Piano Annuale Risk Managment**

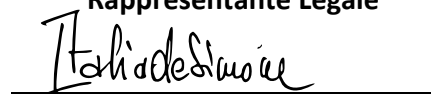
**Redazione a cura del Team Gestione Rischio Clinico
In collaborazione con il RGQ**

ANNO 2024

Direttore Sanitario



Rappresentante Legale



Revisione	Data	Resp.	Note
01	10/10/2020	DS	Introduzione Piano Rischio Clinico al DCA 51/2019. Triennio 2020-2022
02	14/02/2023	DS	Aggiornamento Piano Rischio Clinico al DD n° 99 del 16/12/2022 "Approvazione Linee di indirizzo per l'elaborazione del PARM"
03	27/03/2024	DS	Aggiornamento Annuale come da DD n° 99 del 16/12/2022

INDICE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
2. NORMATIVE DI RIFERIMENTO	3
3. RISCHIO CLINICO	3
4. ANALISI DEL CONTESTO	5
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ: LA “RETE” DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	5
6. ANALISI DEL PROFILO DI RISCHIO	6
☐ Analisi delle segnalazioni 2021 e 2022	9
☐ Analisi delle segnalazioni 2022	9
☐ Sinistrosità e risarcimenti	9
2. OBIETTIVI REGIONALI	10
3. OBIETTIVI AZIENDALI: PRIORITÀ D’INTERVENTO E AZIONI OPERATIVE	10
☐ POTENZIAMENTO DELL’INCIDENT REPORTING	10
☐ POTENZIAMENTO DELL’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA	10
☐ POTENZIAMENTO DELL’ ATTIVITÀ DEL TEAM RISCHIO CLINICO	11
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	11
5. PIANIFICAZIONE ATTIVITÀ FORMATIVE	11
6. CRONOPROGRAMMA ATTUATIVO DEL PARM	12

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano è stato redatto per rispondere ai dettami del DECRETO N. 51 DEL 4/7/2019: “Integrazione requisiti per l’accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private” ed aggiornato alla struttura ed ai contenuti previsti dal D.D. n° 99 del 16/12/2022 “Approvazione Linee di indirizzo per l’elaborazione del PARM”.

Si applica a tutti i servizi erogati da **IFOC srl**, come illustrati di seguito.

2. NORMATIVE DI RIFERIMENTO

- REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 26 novembre 2005 - Deliberazione N. 1688 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - Implementazione e sviluppo nelle Aziende Sanitarie di strumenti per la gestione del rischio clinico.
- REGIONE CAMPANIA DCA 90 DEL 03/08/2012 (BURC N° 42 DEL 13/08/2012)
- Ministero della Salute - Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari (2004)
- Ministero della Salute -Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità (Giugno 2011)
- D.P.G.R.C. n. 641 del 12.11.2004 è stata istituita la “Commissione Tecnica Regionale Gestione Rischio Clinico”
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Settembre 2009 - Metodi di analisi per la gestione del rischio clinico
- Raccomandazioni Ministero della Salute (www.salute.gov)
- Piano prevenzione Influenza 2021-2023
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025
- Conferenza Stato Regione 20 marzo 2008 Attivazione del SIMES
- Legge 24/2017 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”
- DD n° 99 del 16/12/2022 “Approvazione Linee di indirizzo per l’elaborazione del PARM”

3. RISCHIO CLINICO

Il rischio clinico rappresenta “l’eventualità di subire un danno come conseguenza di un errore”.

Il Risk Management rappresenta l’insieme delle varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, promuovendo la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori.

La gestione del rischio quale strumento del governo clinico è la metodologia che permette attraverso analisi proattive e talora anche reattive, l’individuazione, la valutazione dei rischi, la gestione dei processi decisionali e il controllo delle procedure, la riduzione degli stessi, garantendo la sicurezza del paziente, la “best practice”, la “best organization” nel rispetto delle risorse economiche disponibili.

IFOC promuove la Gestione del Rischio Clinico nella consapevolezza che l’adozione di strategie operative finalizzate alla riduzione degli errori possa portare vantaggi, tra i quali:

- aumentare la sicurezza del paziente e contestualmente la tutela degli operatori;
- migliorare l’efficacia, l’efficienza, la qualità e l’immagine del Centro
- contenere i costi assicurativi.

Alla base della Gestione del rischio clinico c'è la "**promozione della cultura dell'imparare dall'errore**" al fine di evitare il ripetersi dello stesso, e comunque contenerlo al "livello minimo accettabile".

L'esperienza ha dimostrato che, nelle organizzazioni sanitarie di grandi dimensioni come in quelle di piccole dimensioni, negli ospedali generali come in quelli specialistici, nelle aree urbane come in quelle rurali e nel pubblico come nel privato, il fattore fondamentale per migliorare la qualità e la sicurezza per il paziente è **l'appoggio della leadership ai massimi livelli dell'organizzazione**. Una leadership forte è indispensabile per creare e mantenere una cultura organizzativa a supporto dell'erogazione di un'assistenza sanitaria sicura e di qualità.

La **gestione dei rischi non porta a provvedimenti disciplinari**, non è un mezzo per nascondere ai pazienti gli errori, non deve promuovere la medicina difensiva, deve premiare la partecipazione attiva del personale dandogli la sicurezza di ricevere aiuto nel caso sia accusato di aver provocato danni iatrogeni. In una ottica di Miglioramento Continuo di Qualità, l'eventuale errore va considerato una opportunità per migliorare.

Garantire la **sicurezza dei pazienti** è un **dovere** dei professionisti, richiamato dai Codici Deontologici e ribadito recentemente anche dall'art 14 del Nuovo Codice di Deontologia Medica (dicembre 2006): *"Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure. I professionisti a tal fine devono utilizzare tutti gli **strumenti disponibili** per comprendere le **cause di un evento avverso** e mettere in atto i comportamenti necessari per **evitarne la ripetizione**; tali strumenti costituiscono esclusiva riflessione tecnico-professionale, riservata, volta all'identificazione dei rischi, alla correzione delle procedure e alla modifica dei comportamenti"*.

L'assistenza e la cura dei pazienti prevedono necessariamente l'utilizzo di farmaci, l'erogazione di servizi di laboratorio e di diagnostica per immagini, il ricorso alla chirurgia e all'anestesia e a tante altre tipologie di trattamenti vari che possono mettere a rischio la vita dei pazienti.

Si tratta di rischi che possono comportare lo scambio dei risultati degli esami tra un paziente e l'altro, un ritardo nella diagnosi e nel trattamento, l'esecuzione dell'intervento chirurgico sul paziente sbagliato o sul lato sbagliato, la somministrazione di farmaci o dosaggi sbagliati e molti altri esiti dannosi che, in realtà, sono largamente evitabili o quantomeno prevenibili.

Anche se l'intenzione degli operatori sanitari è sempre quella di fare la cosa giusta, l'assenza di sistemi uniformi, di controlli e contromisure nei processi assistenziali e di cura può comportare il fatto che un piccolo atto o una piccola decisione sbagliati possano invece raggiungere il paziente e provocare danni e addirittura il decesso.

Un'organizzazione che non impara dalle proprie esperienze positive o negative e che non adotta interventi per migliorarsi di continuo rimarrà sempre un'organizzazione a rischio (e con essa i suoi pazienti) a causa di pratiche non sicure e di bassa qualità.

I dati sono il fulcro dell'apprendimento. Le organizzazioni devono conoscere e valorizzare le attività di rilevazione e analisi dei dati nel miglioramento dei processi. Devono acquisire esperienza nelle attività di definizione delle priorità di miglioramento, di rilevazione dei dati, di rappresentazione grafica dei dati per un'analisi migliore degli stessi e, infine, di programmazione e implementazione delle strategie di miglioramento.

Solo se i leader dell'organizzazione sono votati al miglioramento della qualità e riconoscono l'importanza dei dati in quanto base dell'apprendimento basato sull'evidenza, allora la cultura organizzativa sarà incentrata sulla qualità e sulla sicurezza.

Tutto questo contribuisce a creare un ambiente non punitivo e a stimolare un sistema di segnalazione degli eventi avversi. E' necessario un lavoro di squadra a tutti i livelli che preveda anche la partecipazione del paziente in quanto membro importante della sua equipe di cura.

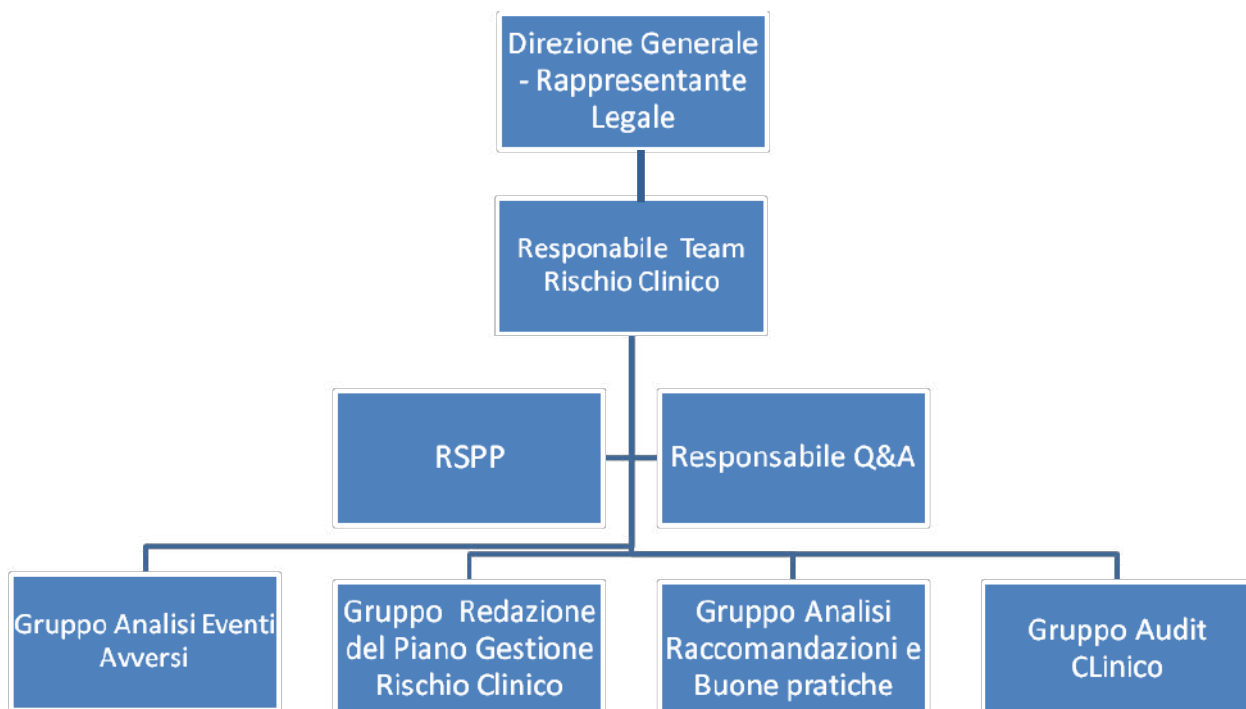
4. ANALISI DEL CONTESTO

L' "Istituto Fisioterapico Ortopedico Campano"(I.F.O.C. Srl) opera sul territorio dell'ASL Avellino da oltre 50 anni. Le prestazioni fornite dalla nostra struttura (in crescente domanda) sono quelle di Fisiokinesiterapia riabilitativa L'I.F.O.C. Srl eroga tutti i protocolli terapeutici di fisiokinesiterapia riabilitativa inseriti nel D.C.A. 64/2011 e 88/2011, ai sensi del D.RG. N. 377 del 3.02.1998 e s.m.e i.

La sua struttura moderna è pensata e realizzata per ospitare in maniera ottimale le attività terapeutiche erogate in forma ambulatoriale. Le attrezzature elettromedicali utilizzate sono tenute al passo con le tecnologie più avanzate e lo staff.

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA': LA "RETE" DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La organizzazione delle attività connesse alla gestione del rischio clinico presso il **Centro IFOC** è strutturato come rappresentato nel seguente diagramma:



RESPONSABILE	NOME	FUNZIONE	RUOLO <i>in merito al PARM</i>	FIRMA
Responsabile Team Rischio Clinico	Gianpaolo Palumbo	Direttore Sanitario	Redazione (R) Adozione (R) Monitoraggio Analisi (R) Approvazione (R)	
RSPP	Margherita De Simone	Consulente esterno	Redazione (C) Analisi PARM (C)	
RSQ&A	Italia De Simone	Amministrativo	Redazione (C) Adozione (R) Monitoraggio (C) Analisi (C)	
Gruppo PARM	Gianpaolo Palumbo	Direttore Sanitario		
Gruppo Audit Clinico	Domenico Pagano	Case Manager		
Gruppo Analisi Evento Avverso*	Italia De Simone	Amministrativo		
Comitato Valutazione Sinistri				

R: Responsabile

C: Coinvolto

*Al Gruppo Analisi Evento Avverso partecipa di volta in volta il segnalante dell'Evento Avverso

6. ANALISI DEL PROFILO DI RISCHIO

Sono state utilizzate le seguenti metodologie:

1. analisi dell'applicabilità delle Raccomandazioni Ministeriali § 6.1
2. analisi degli eventi sentinella ed eventi avversi § 6.2
3. risultati degli audit clinici § 6.3

6.1 ANALISI DELL'APPLICABILITÀ DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

L'analisi dei possibili rischi nelle realtà sanitarie ed in particolar modo dell'ambito ospedaliero ha messo in evidenza una serie di criticità, che delimitano un profilo di rischio specifico come di seguito elencato:

L'analisi dei rischi sopra riportati ha dato origine ad una serie di Raccomandazioni da parte del Ministero della Salute. Esse si propongono di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi.

Le raccomandazioni ministeriali fino ad oggi emanate sono le seguenti (viene riportata anche l'applicabilità al Centro).

Numero	Titolo	VALUTAZIONE
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	APPLICABILE
17	Raccomandazione per la riconciliazione farmacologica	NON APPLICABILE
16	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita	NON APPLICABILE
15	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso	NON APPLICABILE
14	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici	NON APPLICABILE
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	APPLICABILE
12	Prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-alike/sound-alike"	NON APPLICABILE
11	Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) N.B. La Raccomandazione è stata sottoposta all'attenzione del Coordinamento delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza dei pazienti, per cui potrebbe subire delle modifiche	NON APPLICABILE
10	Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati	NON APPLICABILE
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	APPLICABILE
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	APPLICABILE
7	Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	NON APPLICABILE
6	Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	NON APPLICABILE
5	Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO	NON APPLICABILE
4	Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale	NON APPLICABILE
3	Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura	NON APPLICABILE
2	Prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico	NON APPLICABILE
1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio -KCL- ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio	NON APPLICABILE

Numero	Titolo	VALUTAZIONE
18	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	APPLICABILE
13	Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	APPLICABILE
9	Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	APPLICABILE
8	Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	APPLICABILE

Raccomandazione	Analisi Eventi triennio precedente	Evento sentinella o Evento Avverso	Priorità (Alto, Medio, Basso)	Intervento necessario e Anno eventuale programmazione
18. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli	Nessuno	Evento sentinella n° 0 Evento Avverso n° 0	BASSA	nessuno
13. Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie	Nessun evento	Evento sentinella n° 0 Evento Avverso n° 0	BASSA	Verifica delle superfici e installazione di strisce antiscivolo
9. Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali	Nessun evento	Evento sentinella n° 0 Evento Avverso n° 0	MEDIA	Formazione a tutto il personale da parte del DS
8. Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	Nessun evento	Evento sentinella n° 0 Evento Avverso n° 0	BASSA	Formazione su evento avverso generale

6.2 ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI E DEI RISARCIMENTI EROGATI

Già da alcuni anni è operativo un sistema di incident reporting che coinvolge il personale in servizio (sia medico che amministrativo) ed il Risk manager.

Il Centro ha iniziato ad adottare come strumento di monitoraggio la metodologia dell'incident reporting dalla fine del 2016, ma si riportano gli ultimi 2 anni.

- **Analisi delle segnalazioni 2021 e 2022**

. 1 - Eventi segnalati nel 2021-2022

	Eventi sentinella	Eventi avversi	Near miss	Cadute pazienti	Aggressioni	Audit programmati	Audit Effettuati
2021	0	0	0	0	0	4	4
2022	0	0	0	0	0	2	2
2023	0	0	0	0	0	2	2

- **Analisi delle segnalazioni 2023**

	Eventi		Fattori Causali / contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte
	n°	%			
Near miss	0	0	Strutturali	Strutturali	Reporting
Eventi Avversi	0	0	Tecnologici	Tecnologici	Sinistri
Eventi Sentinella	0	0	Organizzativi	Organizzativi	Vigilanza
			Procedurali	Procedurali	ICA

- **Sinistrosità e risarcimenti**

Sono in corso / non sono in corso contenziosi da richieste di risarcimento, come da tabella seguente relativi al rischio sanitario. Sono esclusi quelli riferiti a danni di altra natura.

Tabella 3 Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017).

Anno	N° sinistri aperti	N° sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0

6.3 RISULTATI DEGLI AUDIT CLINICI

Non essendoci stati Eventi Avevrsi non è stato necessario efefttuare Audit Clinici su cartelle a seguito di Eventi.

6.4 RISULTATI DELLE VERIFICHE INTERNE SICUREZZA

Dalla verifica degli elettromedicali e degli ambienti risulta che gli stessi sono correttamente mantenuti, conservati e gestiti.

2. OBIETTIVI REGIONALI

Il PARM è supporto indispensabile affinché il management possa assumere decisioni consapevoli stilando un adeguato cronoprogramma con le azioni da implementare, nell'ambito degli obiettivi della Regione Campania, che intende promuovere la massima condivisione dei principi del governo clinico, anche attraverso la definizione di azioni condivise, che consentano di valorizzare il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità, in un'ottica di gestione integrata del rischio clinico e del contenzioso.

Gli obiettivi regionali sono:

1. favorire la diffusione della cultura della sicurezza delle cure;
2. migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
3. favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
4. favorire la partecipazione alle attività regionali in tema di risk management.

3. OBIETTIVI AZIENDALI: PRIORITÀ D'INTERVENTO E AZIONI OPERATIVE

• POTENZIAMENTO DELL'INCIDENT REPORTING

Obiettivo 1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure attraverso la formazione del personale sulla prevenzione e gestione del Rischio

Attività 1. Aggiornamento annuale del Corso aziendale sulla "Gestione del Rischio Clinico" mirato a migliorare/rinforzare l'applicazione delle procedure aziendali implementate in riferimento alle Raccomandazioni Ministeriali

Azioni già intraprese: è stato effettuato in data **03/12/2022** un corso di Evento Avverso e Risk Management e aggiornamento anno 2023: **16/12/2023**

Tematiche del corso:

- La possibilità di **focalizzare l'attenzione sugli incident e sui quasi errori o errori** che non hanno portato danno.
- La possibilità di **delineare a livello qualitativo il profilo di rischio** di una specifica realtà operativa.
- La possibilità di coinvolgere tutti gli operatori e quindi **sensibilizzarli al tema della sicurezza** del paziente.
- Somministrazione dei farmaci e **Raccomandazioni ministeriali applicabili**

Indicatore: 1 corso annuale

• POTENZIAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

Obiettivo 2. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, promuovendo interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

Attività 2.

Monitoraggio near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento in piattaforma SIMES.

Indicatore 2: n. segnalazioni pervenute/numero prese in carico

Standard =100%

Modalità di raggiungimento: 1 riunione del Team di Gestione del Rischio dopo eventi Avversi o Sentinella per effettuare l'analisi

- **POTENZIAMENTO DELL' ATTIVITÀ DEL TEAM RISCHIO CLINICO**

Obiettivo 3. Attività del Team Rischio clinico

Attività 3: Riunioni e confronti su tematiche di rischio clinico

Indicatore 3: n. di riunioni fatte/numero di riunioni programmate

Standard =100%

Modalità di raggiungimento: effettuare una riunione sul modello di Segnalazione Eventi Avversi per semplificare la raccolta e la ridondanza di informazioni

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Il Centro IFOC assume in proprio la gestione dei sinistri e/o eventi avversi ai sensi della Legge 8 marzo 2017, n. 24 ed in particolare alla luce dell'art. 10. comma 1 e 6 ove si stabilisce la possibilità dell'operatività delle "...altre misure analoghe...".

Tab. 4 - Posizione assicurativa degli ultimi c anni

Anno	Scadenza	Compagnia	Massimale	Franchigia	Polizza
2021	14.12	UNIPOL SAI	1.000.000 € Verso terzi 1.000.000 € Verso prestatori	\	179772473
2022	14.12	UNIPOL SAI	1.000.000 € Verso terzi 1.000.000 € Verso prestatori	\	179772473
2023	14.12	UNIPOL SAI	1.000.000 € Verso terzi 1.000.000 € Verso prestatori	\	179772473

5. PIANIFICAZIONE ATTIVITA' FORMATIVE

La prevenzione del rischio sanitario si attua anche mediante la responsabilizzazione di tutti gli attori del processo assistenziale ed una formazione ed aggiornamento professionale adeguato di tutte le tipologie di professionisti, permettendo lo sviluppo della cultura della sicurezza

I bisogni formativi sono rilevati almeno annualmente, anche sulla scorta dei dati inviati al SIMES e contenuti in altri sistemi informativi in uso.

Nel Piano formativo aziendale è privilegiata:

- la formazione sul campo;
- la formazione per l'implementazione delle buone pratiche con particolare riferimento a buone pratiche riconosciute;
- eventi formativi sulle criticità clinico assistenziali riscontrate in caso di errori clinico assistenziali.

E' previsto almeno annualmente:

1. il monitoraggio delle attività formative effettuate rispetto a quelle programmate
2. la rilevazione aziendale del soddisfacimento dei precedenti bisogni formativi (outcome formativo parziale).

6. CRONOPROGRAMMA ATTUATIVO DEL PARM

		2023	2024	2025	2026	
Azioni previste	1	Verifica, aggiornamento e approvazione del PARM – riunione annuale Team Rischio Clinico	Febbraio	Febbraio	Febbraio	Febbraio
	2	Pubblicazione del PARM sito aziendale anno precedente	31.03	31.03	31.03	31.03
	3	Formazione Evento Avverso e Risk Management Obiettivo 1. Aggiornamento al corso del 03/12/2022	Entro il 31.12			
	4	Formazione Evento Avverso e Risk Management per i neoassunti Obiettivo 1.		Entro 1 anno da assunzione	Entro 1 anno da assunzione	Entro 1 anno da assunzione
	5	Audit Clinico / riunione Obiettivo 2.	Maggio e in seguito a EA	Maggio e in seguito a EA	Maggio e in seguito a EA	Maggio e in seguito a EA
	6	Definizione del Piano Formativo, con <ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio delle attività formative effettuate rispetto a quelle programmate Rilevazione aziendale del soddisfacimento dei precedenti bisogni formativi 	Febbraio	Febbraio	Febbraio	Febbraio
	7	Mantenimento dei DM a norma con manutenzione e VSE	Marzo	Marzo	Marzo	
	8	Mantenimento Impianto elettrico a norma con manutenzione e VSE	Luglio		Luglio	